



CAPM / ACMP

Canadian Academy of Psychosomatic Medicine
Académie canadienne de médecine psychosomatique

141 Laurier Avenue West, Suite 701, Ottawa, Ontario K1P 5J3

(613) 234-2815 • Fax / télécopieur (613) 234-9857 • E-mail / courriel : vanzyll@KGH.KARI.NET

Formulaire d'inscription

NOTE AUX CANDIDATES ET CANDIDATS : Pour que votre inscription soit acceptée, vous devez fournir les documents suivants :

1. La description de vos activités actuelles de consultation – liaison en médecine psychiatrique / psychosomatique
2. La déclaration ci-dessous signée attestant que vous acceptez de recevoir une facture au montant de 75,00 \$ CAN (cocher l'une des cases suivantes)

- ☐ **MEMBRE À PART ENTIÈRE.** Psychiatre qui se consacre entièrement à la consultation – liaison psychiatrique, à la médecine psychiatrique et / ou à la médecine psychosomatique.
- ☐ **MEMBRE ASSOCIÉ.** Personne possédant un diplôme d'études supérieures dans un domaine connexe et qui se consacre entièrement à la consultation – liaison psychiatrique, à la médecine psychiatrique et / ou à la médecine psychosomatique.
- ☐ **MÉDECIN BOURSIER / RÉSIDENT / INTERNE / ÉTUDIANT(E) (gratuit)**

S.V.P. dactylographier ou écrire en lettres moulées.

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

NOM COMPLET DU CANDIDAT
OU DE LA CANDIDATE

Diplôme(s) d'études
supérieures obtenu(s)

Prénom

Initiale

Nom de famille

Adresse de correspondance :

Date de naissance

Téléphone (domicile)

Téléphone (bureau)

Télécopieur (bureau)

Courriel

EMPLOI(S) PROFESSIONNEL(S) ACTUEL(S)

Titre	Établissement et ville	Dates

ATTESTATION(S) DE SPÉCIALISTE

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, dans la spécialité suivante

☐ Psychiatrie ou

☐ Autre (préciser)

PERMIS DE PRATIQUE : Inscrive le(s) territoire(s) desservi(s) et le(s) numéro(s) de permis

Formulaire d'inscription : Académie canadienne de médecine psychosomatique

Avez-vous déjà fait l'objet d'une mesure disciplinaire d'un organisme de réglementation professionnelle fédéral, provincial ou local ?

☐ Oui (S'il vous plaît, fournir des explications)

☐ Non

EMPLOI(S) PROFESSIONNEL(S) ANTÉRIEUR(S) :

Emplois ayant suivi les études universitaires, par ordre chronologique. Des renseignements additionnels peuvent être fournis par le biais de votre curriculum vitae.

Établissement et endroit	Affectation ou poste	Dates

FORMATION : Des renseignements additionnels peuvent être fournis par le biais de votre curriculum vitae.

Établissement et endroit	Année de graduation	Diplôme obtenu
École de médecine		
Internat		
Résidence		
Bourse de recherche		
Autre formation aux études supérieures		
Formation postdoctorale		

Court résumé de votre expérience de travail de consultation / liaison ou en médecine psychosomatique :

SIGNATURE DU CANDIDAT OU DE LA CANDIDATE

1. Je comprends que, afin d'évaluer ma demande d'inscription, l'Académie procédera à une analyse de mes titres de compétence. J'accepte de collaborer à une telle analyse et j'autorise qui de droit à fournir des renseignements concernant mes titres de compétence. À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai fournis dans cette demande sont véridiques et complets.
2. Je ne joins aucun paiement des frais d'inscription à ce formulaire, mais j'accepte que l'Académie canadienne de médecine psychosomatique me retourne une facture à l'adresse de correspondance indiquée ci-dessus (par courrier postal ou par courriel).

Signature du candidat ou de la candidate

Date

Retourner tous les documents demandés à l'adresse ci-dessous :

**Académie canadienne de médecine psychosomatique
141 Laurier Avenue West, Suite 701
Ottawa, ON K1P 5J3**